

Goiânia, 23 de Outubro de 2020.

**TERMO DE REFERÊNCIA
AQUISIÇÃO DE MATERIAIS
TR N.º 132/2020**

De: Almoxarifado – HDT

Para: Setor de Compras – HDT

1. MATERIAL

Item 01: Ar-condicionado Split / Split inverter de 12.000 BTU's;

2. DESCRIÇÃO MINUCIOSA DO MATERIAL

Item 01: Ar-condicionado split ou inverter de 12.000 BTU's

Especificação: Condicionador de ar split 12.000 BTU's, tensão, frequência, fase (V, Hz, ph) 220V/60/1. Classificação Energética A, vazão de ar unidade interna (máxima) (m³/min)8, vazão de ar unidade externa (máxima) (m³/min) 27, nível de ruído unidade interna (alta/média/baixa/mínima) [dB (A)] 39/33/25/19, nível de ruído unidade externa [(máxima) dB(A)] 47, desumidificação [1/h] 0,83. Faixa de temperatura externa para refrigeração [°C] 18~48. Faixa de temperatura externa para aquecimento [°C] -5~24. Garantia: mínima de 12 meses.

3. DESTINAÇÃO E JUSTIFICATIVAS PARA AQUISIÇÃO

Necessária se faz a aquisição de aparelho condicionador de ar visando a climatização da diretoria do HDT.

4. QUANTIDADE E MEMÓRIA DE CÁLCULO

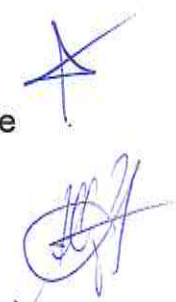
Item 01: 01 (uma) unidade.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

5.1. Atender os pedidos com as descrições publicadas e manter os preços irrevogáveis, conforme proposta publicada na plataforma eletrônica de compra e no site do ISG ou jornal;

Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad- HDT/HAA
Alameda Contorno, Nº 3556, Jardim Bela Vista.
Goiânia - GO CEP: 74853-120
Fone: (62)3201-3673 / (62)3201-3674

Ismael Monteiro da Rocha Junior
Comprador
HDT / ISG - GO



5.2. Atender os pedidos de acordo a demanda enviada pelos compradores, sendo realizada a programação no décimo quinto dia útil;

5.3. Os pedidos deverão ser entregues no Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad – HDT das 08:00 às 18:00 horas, em dias úteis e havendo necessidade aos sábados das 08:00 às 12:00 horas impreterivelmente, tendo em vista que os pedidos deverão ser entregues com 05 (cinco) dias corridos;

5.4. O FORNECEDOR deverá disponibilizar na nota fiscal os dados bancários para realização de pagamento;

5.5. O FORNECEDOR deverá apresentar mensalmente sob pena de não liquidação das faturas as seguintes certidões com regularidade:

- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão FGTS
- Certidão de Tributos Federais
- Cartão do CNPJ

6. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. O prazo para o pagamento será de aproximadamente 60 (sessenta) dias a partir da apresentação da nota fiscal.

6.2. A Contratada deverá manter o fornecimento por mais 90 (noventa) dias mesmo que não ocorra os pagamentos das faturas

6.3. A nota fiscal deverá ser emitida em nome/razão social: Instituto Sócrates Guanaes – ISG – CG 91/2012 CNPJ/MF nº 03.969.808/0003-31, com endereço na Av. Olinda, QD. H-04, Lote 01 AO 03, Park Lozandes. CEP: 74.884-120, Goiânia-GO.

6.4. As notas deverão vir sem rasuras e estar no período de validade de emissão.


Allan Fonseca Osório
Coordenador de Manutenção
HDT/ISG
Eng. Allan Fonseca Osório
Coordenador Manutenção Geral
HDT/ISG